

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 44

DES
MÉTHODES NON SANGLAN TES
DE TRAITEMENT
DES CORPS ÉTRANGERS DE L'ESOPHAGE
(A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Novembre 1919

PAR

LE BOULCH (Joseph-Marie)

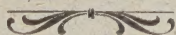
Né à Locminé (Morbihan), le 24 février 1888

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président*.
MOURET, prof. adjoint.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

1919

DES
MÉTHODES NON SANGLANTES
DE TRAITEMENT
DES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE
(À PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 44

DES
MÉTHODES NON SANGLAN TES
DE TRAITEMENT
DES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

(A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Novembre 1919

PAR

LE BOULCH (Joseph-Marie)

Né à Locminé (Morbihan), le 24 février 1888

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	FORGUE, Professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Assesseurs</i>
	MOURET, prof. adjoint.		
	RICHE, agrégé.		
	ETIENNE, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophthalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VAILLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (♣).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (♣).
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. * ♣), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ♣, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (* ♣), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ♣).	J. DELMAS (♣).	PECH (* ♣) ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, prof., président; MOURET, prof. adjoint; RICHE, agrégé;
ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA FEMME

A MON BEAU-PÈRE ET A MA BELLE-MÈRE

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

J. LE BOULCH.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

J. LE BOULCH.

DES
MÉTHODES NON SANGLANTES
DE TRAITEMENT
DES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

(A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS)

INTRODUCTION

Il y a de 15 à 20 ans, la présence d'un corps étranger dans l'œsophage était pour le patient d'un pronostic très sombre et pour le praticien elle nécessitait souvent une intervention sanglante et difficile, au résultat très incertain le plus souvent fatal.

Il n'en est plus de même aujourd'hui et l'œsophagoscopie, assez couramment pratiquée, assure à la fois un diagnostic rapide et le premier temps d'une intervention qui, dans la plupart des cas, pratiquée par un spécialiste adroit, doit amener une extraction heureuse et sans complication.

Nous nous sommes proposé dans ce travail, non d'apporter une contribution à l'étude d'une question déjà connue, mais de présenter quelques observations inédites d'après lesquelles nous formulons quelques indications que nous estimons devoir être préconisées pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage.

AVANT-PROPOS

Deux groupes de méthodes s'offrent d'abord à nous pour l'extraction des corps étrangers.

Les premières, méthodes de spécialité, sont *non sanglantes*. Elles se proposent de retirer le corps étranger par les voies naturelles, lui faisant suivre le trajet du tube de l'œsophage, soit en bas, soit en haut. Le pousser vers l'estomac, c'est pratiquer le *refoulement* ; le retirer au contraire par le pharynx et la bouche, c'est l'extraction proprement dite.

Du reste, selon les cas, la technique peut varier : si l'on introduit les instruments préhenseurs sous le seul contrôle du doigt pharyngien et qu'on saisisse le corps par tâtonnement, on aura pratiqué une *extraction* simple ; mais si, introduisant dans l'œsophage un tube qui permet à la fois de le calibrer et de le maintenir sous le contrôle de la vue, on fait glisser le long de ses parois internes la pince libératrice, on aura pratiqué une intervention plus compliquée, l'œsophagoscopie, méthode spéciale que nous étudierons ultérieurement.

Quant au second groupe de méthodes d'extraction,

il relève de la chirurgie. Pour ces méthodes *sanglantes*, délicates et graves, l'opérateur tâche d'arriver au corps étranger par une voie artificiellement créée, par une incision dans la paroi œsophagienne.

CHAPITRE PREMIER

MÉTHODES SIMPLES

Dans ce chapitre nous étudierons successivement :

- A)* Le refoulement ;
- B)* L'extraction par les voies naturelles par une méthode simple.

A) REFOULEMENT

Le refoulement sera tantôt :

- a)* Immédiat, c'est-à-dire résultant d'une pression quelconque sur le corps étranger.
- b)* Pratiqué après insensibilisation des parois œsophagiennes ; c'est ainsi que Sargnon a exposé le refoulement ou le désenclavement cocaïnique.
- c)* Enfin méthodique et contrôlé par l'œsophagoscopie.

a) Refoulement immédiat

Le refoulement immédiat est naturellement la première méthode qui se présente à l'esprit. Ambroise Paré le pratiquait avec un poireau ; nous sourions maintenant à cette instrumentation naïve, mais nous devons convenir qu'en cette matière comme en d'autres, il fut précurseur. L'entourage du malade, le plus souvent, le bourre de purées épaisses, de boules de mie de pain, en Angleterre de pudding ; on y adjoint souvent des tampons d'étoupe et de coton hydrophile (?).

Le refoulement avec une tige plus ou moins rigide est plus méthodique : il peut être souvent dangereux. C'est avec une éponge que l'on cherche à pousser le corps étranger ; c'est une éponge encore que nous retrouvons à l'extrémité de la tige de baleine qui porte le panier de Graeffe.

On se sert aussi parfois d'un explorateur à boule ; cet instrument, d'ailleurs, d'explorateur devient facilement refouleur.

Technique. — On fait asseoir le patient, la tête rejetée en arrière. Le propulseur (éponge, explorateur à boule, sonde) sera guidé par l'index gauche jusqu'au delà du larynx et poussé lentement, avec précautions, sans jamais forcer. Gangolphe recommande de faire avaler au malade de l'eau ou mieux encore de l'huile pour faciliter le glissement.

On voit nettement les avantages et les inconvénients de ces diverses méthodes de refoulement.

1° Avantages : Elles sont simples, à la portée de tous et l'instrumentation qu'elles nécessitent n'a rien de compliqué : une sonde d'un certain calibre suffit.

2° Inconvénients : Ils sont nombreux, variant du reste selon la méthode choisie.

Les purées, le plus souvent inutiles, sont au moins assez inoffensives, à moins qu'elles n'augmentent les lésions pariétales amenées par des corps enclavés depuis longtemps.

Les tampons d'étoupe et de coton sont dangereux. Ils risquent de jouer à leur tour le rôle de corps étrangers (Jalaguier).

Les propulseurs solides ont l'inconvénient d'offrir une méthode aveugle. Ils risquent de perforer des parois souvent déjà lésées. Une statistique de Martin présente 8 morts sur 22 cas de propulsion.

On n'a d'excuse d'y recourir que quand on a affaire à un corps petit et lisse qui ne risque pas d'écorcher la paroi, qui est situé bas et dont l'introduction est récente.

*
* *

b) Désenclavement cocaïnique

Mickulicz, Hacker, Storck sont pour cette méthode dont Sargnon est le promoteur et le champion.

Partant du principe que beaucoup de corps étrangers ne sont retenus dans l'œsophage que par le spasme de celui-ci, les défenseurs de la méthode de Sargnon estiment que l'on doit avoir recours à l'anesthésie locale du tube œsophagien qui suffira pour libérer le corps et lui faire poursuivre sa route normale. C'est donc vraiment un désenclavement cocaïnique.

Technique. — Le malade est dans la même position assise que pour l'œsophagoscopie. On anesthésie successivement l'arrière-gorge, le pharynx et l'hypopharynx.

Reste à cocaïniser alors l'œsophage pour lequel Sargnon emploie une tige porte-coton de 45 centimètres, en cuivre malléable et peu courbée. Portant à son extrémité un tampon de coton imbibé de cocaïne, elle est introduite dans une gouttière pharyngo-laryngée puis tout le long du tube œsophagien. Quand on sent le corps étranger, on complète l'anesthésie locale sans jamais rien brusquer et sans pousser. Le corps, d'après Sargnon, par cette méthode, qui évidemment est relativement facile et simple, presque toujours se désenclave et est dégluti. Les résultats, affirme-t-il, sont en général excellents.

*
* *

c) Refoulement œsophagoscopique

La chute du corps étranger, fréquemment amenée par l'introduction du tube, n'est, somme toute, qu'une variété du refoulement cocaïnique, aidé, d'ailleurs, par la dilatation du conduit que produit l'œsophagoscope métallique.

*
* *

B) EXTRACTION PAR LES VOIES NATURELLES

Quelquefois de bienfaisants vomissements libèrent le patient du corps étranger. Se fondant sur ces cas si rares, longtemps des praticiens ordonnèrent des vomitifs : méthode inefficace, souvent dangereuse, car les efforts du patient risquent d'ajouter aux lésions œsopha-

giennes. On y a, d'ailleurs, complètement renoncé aujourd'hui.

L'extraction digitale, qu'à la rigueur on peut tenter pour les corps étrangers du pharynx, ne saurait être mise en question pour ceux de l'œsophage.

L'extraction à l'aide d'une tige aimantée ou d'un *électro-aimant* pourrait être tentée dans les cas de corps métalliques.

On a beaucoup tâtonné pour arriver à une instrumentation pratique et rationnelle. Depuis le crochet désuet de Petit, nous avons vu tour à tour des appareils qui semblaient ingénieux mais qui, tels le *panier de Graeffe*, devraient être, d'après Guisez, « définitivement rayés de l'arsenal thérapeutique ».

Ce panier, trop volumineux avec sa nacelle rigide, risque d'être retenu par le propre corps qu'il devait extraire. Si on essaie de le retirer violemment il peut léser gravement l'œsophage et de pareils accidents sont arrivés à des spécialistes avisés. Donc, le panier de Graeffe expose le patient et le chirurgien à courir la chance d'une œsophagotomie pour extraire l'appareil que l'on se flattait de croire extracteur.

Le *parapluie de Fergusson* en est une variante : à la nacelle rigide de celui-ci, il substitue une façon de parapluie en crins flexibles. Il risque de faire moins de mal mais guère plus de bien.

Le *crochet de Kirrison*, plus maniable et moins dangereux, est surtout employé chez les enfants. On l'introduit lentement, la partie concave en arrière, jusqu'au-dessous du corps à extraire que l'on essaie de saisir et de ramener. Si des tractions trop violentes étaient nécessaires pour désenclaver le corps, on aurait toujours la ressource de dégager le crochet et de le retirer. Il n'est

malheureusement utilisable que pour les corps plats et réguliers, les sous, par exemple, mais il ne peut servir à dégager tous les corps, car tous ne peuvent être saisis par lui.

Les pinces qu'on emploie doivent être relativement flexibles et présenter des mors courts. On les introduit, mors fermés, jusqu'au corps à extraire, on les ouvre alors « après s'être assuré de la prise par quelques pressions douces », comme le recommande Gangolphe.

Cette méthode aveugle présente de grands inconvénients ; car en saisissant entre les mors un pli de la muqueuse œsophagienne on risque de causer des déchirures graves. De plus, elle ne peut être utilisée que pour la région cervicale.

Certains opérateurs ont recours à des dilateurs divers que l'on place immédiatement au-dessus du corps dont on veut faciliter l'extraction et qui, retirés au-devant de lui, maintiennent l'œsophage béant.

CHAPITRE II

EXTRACTION OESOPHAGOSCOPIQUE

Depuis quelques années, une nouvelle méthode, l'œsophagoscopie, permet de saisir et d'extraire, sous le contrôle de la vue, les corps étrangers de l'œsophage.

Elle est fondée sur l'emploi des tubes endoscopiques introduits directement à l'intérieur de la cavité œsophagienne.

Divers dispositifs permettent d'éclairer ces tubes et d'explorer l'œsophage en pleine lumière et d'agir directement sur le corps étranger que l'on peut mobiliser et enlever à l'aide d'instruments spéciaux.

Cette méthode nous vient d'Allemagne. Kùsmaul (de Fribourg) (1868), et après lui Mickulicz et Killian, introduisirent dans le canal œsophagien un tube imité de l'uréthroscope du chirurgien français Désormeaux. Mais le procédé n'est devenu vraiment pratique que depuis une vingtaine d'années et a été connu en France par les travaux de Moure (1902), de Guisez (1903), de Sébileau et Lombard (1904). Depuis, de nombreuses

publications ont paru sur la question et il ne fait plus aucun doute que l'œsophagoscopie ne soit la méthode idéale d'extraction des corps étrangers.

*
* *

Technique. — Il existe plusieurs modèles d'œsophagoscopes. Les plus employés en France sont ceux de Killian, de Guisez et surtout de Brünings (1907). Celui de Brünings se compose d'un tube-spatule et d'un tube-rallonge qui glisse dans le premier et permet d'en augmenter le développement. Brünings se sert d'un manche porte-lumière, dit électroscope, grâce auquel on peut éclairer le tube.

Une série de pinces montées sur de longues tiges flexibles, des porte-cotons, des crochets spéciaux, une pompe aspirante pour la salive complètent l'instrumentation.

L'œsophagoscopie nécessite une anesthésie pour rendre l'introduction du tube supportable et s'opposer à la production des réflexes qui ne manqueraient pas de se produire. Habituellement, on a recours à l'anesthésie locale par badigeonnage de cocaïne. Chez les enfants, ou chez les adultes trop timorés, la narcose est de rigueur, mais elle exige la position couchée qui rend l'examen plus incommode.

L'anesthésie locale est le procédé de choix. Elle s'effectue avec un porte-coton à l'aide duquel on badigeonne les parois du pharynx buccal, du laryngo-pharynx et de l'œsophage. On se sert de solutions de cocaïne à 1/5 (Lombard), à 1/10 ou même à 1/15 (Mouret).

Le malade est placé pour l'examen dans une position rendant possible l'introduction d'un tube rigide par la bouche jusque dans l'œsophage. Il est nécessaire d'obtenir par une déflexion appropriée de la tête le redressement de l'angle bucco-pharyngien. Habituellement on fait asseoir le malade sur un siège bas, le tronc vertical, la tête fortement défléchie (position de l'avaleur de sabres de Guisez). M. le professeur Mouret a fait remarquer que cette position avait l'inconvénient de provoquer une lordose de la colonne vertébrale, surtout dans sa partie cervicale, et favorisait le déplacement du tronc et du bassin en avant, d'où difficulté pour l'introduction du tube. Il a recommandé (*in* thèse Burgues, Montpellier, 1913) la position suivante : tête modérément défléchie, tronc fortement incliné en avant, cuisses fléchies et jambes repliées.

Lorsqu'il est nécessaire d'examiner le malade couché sur une table d'opération, on peut le placer dans la position de Rose (détestable, déclare Chevalier-Jackson dans un rapport au Congrès de Londres, 1913), ou mieux dans le décubitus latéral (position de Mouret) ou ventral (Nicolai).

Un aide maintient la tête. Le malade saisit la langue avec un mouchoir et l'attire hors de la bouche. De sa main gauche appuyée sur le front du patient, l'opérateur règle la position de la tête, tandis que sa main droite introduit l'œsophagoscope sur la ligne médiane jusqu'à la luette. Pour ce premier temps de l'introduction du tube, la tête est en position normale ; il est nécessaire de la relever légèrement pour obtenir le redressement du tube. Dans ce mouvement de bascule, on aperçoit l'épiglotte, puis les aryténoïdes et la partie postérieure

des cordes vocales. L'entrée de l'hypopharynx se trouve immédiatement en arrière.

Lorsqu'elle est ainsi repérée, on enfonce le tube, toujours sur la ligne médiane, en le faisant glisser contre la paroi postérieure du pharynx, et l'on arrive bientôt à 14 ou 15 cm. de l'arcade dentaire, au rétrécissement cricoïdien, c'est-à-dire à la bouche de l'œsophage dont la lèvre postérieure vient faire saillie dans le tube œsophagoscopique.

Pour franchir la bouche œsophagienne et pénétrer dans l'œsophage cervical, il faut recommander au patient de ne point faire d'effort, de respirer largement, et exercer une pression douce et constante dirigée en avant et en bas qui relève le bec du tube, refoule le larynx en avant, écarte la lèvre antérieure de la bouche œsophagienne et assure la progression du tube à travers le sphincter œsophagien qui se déplisse.

Un bruit de glouglou caractéristique se produit au moment où l'on pénètre dans l'œsophage cervical. Celui-ci est légèrement aplati d'avant en arrière, mais aisément franchissable ; plus rien n'arrête la progression de l'œsophagoscope et l'on peut, à l'aide des tubes-rallonges, atteindre le cardia et même le franchir.

L'œsophagoscopie, habituellement bien supportée par la plupart des malades, comporte dans certains cas quelques difficultés.

Nous n'insisterons pas sur la pusillanimité du sujet. C'est affaire de patience et, le cas échéant, une potion bromurée ou mieux une piqûre de morphine préalable (qu'il est bon de pratiquer systématiquement) en auront raison.

Il est important que l'insensibilisation soit complète. Spasmes et réflexes céderont à une bonne cocaïnisation.

Certains sujets à la musculature linguale développée, au cou court, aux incisives longues, sont particulièrement pénibles à examiner. Dans ces cas il est bon de commencer l'introduction du tube par la commissure labiale : le redressement du tube sera plus aisé.

*
* *

Œsophagoscopie pour corps étrangers

C'est le triomphe de la méthode. Entre les mains d'opérateurs habiles, bien exercés et convenablement outillés, elle a donné d'excellents résultats (4 morts sur 206 cas, à peine 2 p. 100, statistique personnelle de Chevalier-Jackson).

C'est le plus souvent dans l'hypopharynx, la bouche de l'œsophage et surtout l'œsophage cervical, plus rarement au rétrécissement aortique ou au cardia, que s'est arrêté le corps étranger. Une radiographie préalable aura précisé, si possible, sa situation.

Il est bon de se méfier, en insensibilisant l'œsophage à l'aide de la tige-portoir, de ne pas refouler le corps étranger. De même l'introduction du tube doit être pratiquée avec douceur et l'opérateur doit avoir à sa disposition des pinces préparées pour saisir le corps étranger dès qu'il l'a aperçu. Lorsque le corps étranger est seulement retenu par le spasme il peut arriver, en effet, que le tube le désenclave et l'objet libéré tombe par son propre poids dans l'œsophage thoracique, franchit le cardia et échappe ainsi à l'extraction. C'est évidemment un mode de guérison, peut-être moins brillant que l'extraction, mais qui se retrouve dans toutes les statistiques : 10 fois sur 49, dit Guisez dans son *Traité des maladies de l'œso-*

phage ; 24 fois sur 68, dit le même auteur à la Société de chirurgie en 1911 ; 6 fois sur 28, d'après Sébilleau et Lemaitre ; 28 fois sur 193, d'après Chevalier-Jackson.

On peut l'éviter en employant la position couchée ou en se servant de petits tubes qui ne dilatent pas trop l'œsophage. En principe, il ne faut pas trop se hâter pour l'extraction. Le premier souci de l'opérateur doit être de s'assurer de la présence du corps étranger, puis de reconnaître sa position, son mode d'enclavement et les lésions qu'il a pu provoquer.

Lorsque le tube a pénétré dans l'œsophage, il faut le faire progresser lentement, examiner systématiquement les parois et se méfier que l'objet peut être caché dans un repli de la muqueuse œdématisée ou sous le châton cricoïdien (cas de Mouret). Il est absolument nécessaire d'avoir un bon éclairage, un champ absolument net, bien épongé, sans mucosités ni écoulement sanguin.

Lemaitre conseille de saisir et d'amarrer d'abord le corps étranger avec la pince de Brünings qu'une vis de rappel permet de tenir fermée sans immobiliser une main de l'opérateur. Il badigeonne alors méthodiquement la muqueuse avoisinante à la cocaïne-adrénaline. La muqueuse se rétracte, le spasme cessé après quelques instants d'attente. On peut alors tenter l'extraction.

On peut retirer le corps étranger à travers la lumière du tube, si leurs dimensions respectives le permettent. Dans le cas contraire, on applique fortement en tirant sur la pince le corps contre l'extrémité inférieure du tube et on retire le tout ensemble. L'œsophagoscope dilate le conduit au devant du corps étranger et facilite son passage.

Il importe surtout d'agir avec douceur et patience. Ce serait une faute grave que de tirer lorsqu'on sent une

résistance. La conséquence pourrait en être une blessure de la paroi œsophagienne ou même une perforation. A ce point de vue les objets piquants et irréguliers, les os surtout sont particulièrement dangereux.

Lorsque le corps étranger est trop volumineux ou difficile à désenclaver, il vaut mieux le morceler ou le sectionner avant de l'extraire. La pince coupante de Guisez permet de fragmenter un os ; l'anse galvanique un dentier en caoutchouc vulcanisé. Il existe d'ailleurs dans l'arsenal toute une série d'instruments appropriés aux divers besoins ; c'est ainsi que des pinces spéciales permettent d'enlever sans danger les épingles de nourrice ouvertes en les maintenant fermées pendant toute leur extraction.

Divers auteurs (Brünings, Guisez) préconisent l'emploi d'œsophagoscopes dilatateurs, possédant une valve mobile à leur extrémité et qui permettent d'obtenir un écartement suffisant des parois œsophagiennes.

*
* *

Accidents de l'œsophagoscopie

L'œsophagoscopie pour corps étranger est assurément une intervention délicate qui exige un opérateur habile, bien entraîné et nécessite un outillage complexe.

La gravité de l'intervention dépend évidemment des difficultés du cas particulier. Le principal facteur paraît être surtout l'expérience personnelle de l'opérateur. Nous l'avons dit, Chevalier-Jackson donne 4 morts pour 206 cas traités par lui-même et 12 morts sur 193 cas opérés par d'autres praticiens américains. Malgré tout, on voit que le pronostic est relativement favorable, sur-

tout si on le compare aux résultats fournis par les autres méthodes.

Le principal accident est la perforation de l'œsophage qui peut amener une médiastinite fatale. On a observé la rupture d'un anévrisme aortique, l'hémorragie due à une blessure de la paroi ou à des varices œsophagiennes, des crises d'asphyxie par compression du larynx ou de la trachée, des abcès de la paroi dus à une inoculation septique.

L'œsophagoscopie est contre-indiquée par les états cachectiques, les infections graves, la plupart des infections du système nerveux (tabes, paralysies bulbaires, syringomyélie, goitre exophtalmique), du cœur et des vaisseaux (artério-sclérose avancée, myocardite, péri-cardite), l'hémophilie, le scorbut, les purpuras, les dyspnées d'origine laryngienne ou pulmonaire, les tumeurs du médiastin.

CHAPITRE III

CONDUITE A TENIR DANS LE CAS DE CORPS ÉTRANGER DE L'ŒSOPHAGE

Nous venons d'étudier successivement les diverses méthodes non sanglantes de traitement des corps étrangers de l'œsophage. Nous avons exposé leur technique, leur valeur thérapeutique, leurs difficultés et leurs inconvénients.

De ces diverses méthodes, les premières sont simples, à la portée de tous les praticiens. Elles peuvent donner parfois de bons résultats.

L'œsophagoscopie est restée jusqu'ici entre les mains de quelques spécialistes entraînés et familiarisés avec sa technique délicate.

Les méthodes de refoulement nous paraissent devoir être délibérément rejetées ou tout au moins employées avec la plus grande prudence.

Les propulseurs solides constituent, en effet, un moyen aveugle qui peut devenir dangereux s'il est brutal.

Le refoulement cocaïnique de Sargnon serait préférable parce qu'il est susceptible dans certains cas de faire cesser le spasme qui retient le corps étranger.

Nous éviterons cependant l'emploi de tous les propulseurs lorsque nous aurons affaire à des corps étrangers osseux ou présentant des aspérités ou des pointes capables de léser la paroi œsophagienne.

Les méthodes simples d'extraction par les voies naturelles comptent à leur actif quelques succès, pas mal d'échecs et trop de résultats déplorables. Le panier de Graeffe est détestable. Il devrait être banni de l'arsenal thérapeutique, de même que les pinces œsophagiennes.

L'œsophagoscopie est devenue le véritable moyen de traitement le plus efficace et le moins dangereux.

Elle n'est cependant pas applicable à tous les cas.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un œsophage perforé ou menacé de perforation (péri-œsophagite suppurée) avec abcès du cou, par exemple, il ne faut pas hésiter à s'adresser aux méthodes sanglantes et l'œsophagotomie externe cervicale s'impose.

Elle est en dernier lieu le suprême recours lorsque les essais d'extraction œsophagoscopique ont échoué et n'ont pu libérer un corps étranger trop volumineux.

De plus, quelquefois l'introduction du tube endoscopique (œsophagoscopie traumatodiale) a permis dans quelques cas d'atteindre des corps étrangers situés au-dessous de l'incision œsophagienne.

De même l'introduction du tube dans l'œsophage a été possible par une incision de gastrotomie (œsophagoscopie rétrograde).

En résumé, l'œsophagoscopie doit être employée dans le plus grand nombre de cas possible.

Il ne faut pas cependant demander à une méthode plus qu'elle ne peut donner.

Savoir en limiter les indications, c'est en améliorer les résultats.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite)

M^{me} C. P..., 58 ans, Arles-sur-Rhône.

Cette malade a avalé un os de mouton il y a huit jours. Depuis elle est dans l'impossibilité absolue de déglutir autre chose que des liquides. Elle accuse une douleur assez vive — pénible surtout quand elle avale — qu'elle localise à la base du cou, au-dessus du sternum. Une radiographie, pratiquée par le docteur Galen, a montré que le corps étranger se trouvait dans l'œsophage cervical au niveau de la 2^e vertèbre dorsale. Un spécialiste a tenté l'extraction il y a deux jours avec un crochet de Kirmisson et n'a pas pu réussir à débarrasser la malade de son corps étranger.

M^{me} C. P... est alors adressée (12 septembre 1919) au docteur Burgues, en vue d'une œsophagoscopie.

Après insensibilisation de l'œsophage à la solution de cocaïne à 1/15, l'œsophagoscope de Brünings de 11 mm. est introduit, la malade étant en position assise. Dès

qu'on a franchi la bouche de l'œsophage on aperçoit des débris alimentaires qui sont enlevés à la pince. Au niveau de la lèvre postérieure de la bouche œsophagienne, on note une ulcération assez étendue, saignant facilement. Après nettoyage et cocaïnisation on aperçoit un fragment blanchâtre caché sous un repli de la muqueuse tuméfiée. C'est l'os recherché. On le saisit avec une pince et on l'amène au contact du tube. Il est trop gros pour pouvoir être extrait par cette voie, et l'on essaie de retirer ensemble le tube et le corps étranger fixé par la pince. Mais il résiste aux tentatives de traction, étant solidement enclavé.

On réintroduit le tube et après quelques recherches on retrouve l'os qui est à nouveau saisi avec la pince. Il paraît être de grosses dimensions et une nouvelle tentative d'extraction échoue.

A la troisième tentative, après avoir bien détergé le champ opératoire, on essaie de dégager une de ses extrémités de la paroi dans laquelle elle est enfoncée. A ce moment le corps étranger paraît mobilisé. Au moment où on se propose de faire une nouvelle prise pour libérer le côté opposé, l'os est dégluti et disparaît dans la cavité œsophagienne où il est impossible de le retrouver.

Une radiographie faite le lendemain montre l'absence du corps étranger.

La malade éprouva pendant quelques jours une certaine gêne due aux ulcérations de la paroi œsophagienne. Bientôt tout rentra dans l'ordre et huit jours après elle avalait normalement.

OBSERVATION II

(Professeur Mouret. — Soc. franç. de laryngol., 1911)

M^{me} B. C., 50 ans, de St-Laurent-de-Cerdans (Pyr.-Or.), se présente le 20 juin 1910 à notre consultation, se plaignant d'une vive sensation de gêne à la base du cou, au niveau de la fourchette sternale. La pression digitale est très douloureuse à cet endroit, la déglutition très pénible. La dysphagie intense ne permet guère que l'absorption des liquides.

Le 16 juin précédent, en mangeant de la soupe, elle avait eu une sensation d'étranglement qui l'obligea à cesser son repas. La douleur persistant, la malade alla consulter un médecin à Perpignan. Le docteur Sagols qui l'examina, pensant qu'il s'agissait d'un corps étranger enclavé dans l'œsophage, nous l'adressa pour pratiquer l'œsophagoscopie.

Le 21 juin, après cocaïnisation du pharynx et de l'entrée de l'œsophage, la malade étant couchée sur le côté droit, la tête en extension complète, le tube œsophagoscopique de Killian fut introduit. Son passage derrière le cricoïde fut un peu douloureux et difficile. Le tube glissa ensuite sous le contrôle de la vue jusqu'à la partie inférieure de l'œsophage sans rien déceler. Nous le retirâmes alors tout doucement de bas en haut, en inspectant minutieusement les parois du conduit, et voilà qu'au niveau de la bouche de l'œsophage nous aperçûmes une surface blanchâtre, dure, donnant l'impression

d'un os placé transversalement et appliqué contre la paroi antérieure. Avec la pince de Killian, introduite dans le tube, nous essayâmes de saisir le corps étranger qui résista fortement, car il était fixé dans la muqueuse par ses extrémités acérées. Cependant, nous parvîmes à le désenclaver, mais ses dimensions l'empêchaient de pénétrer dans le tube. Nous retirâmes alors doucement tube et corps étranger, tout à la fois, ce qui fut assez facile, le tube maintenant largement béante la bouche de l'œsophage.

C'était un morceau d'os de jambon mesurant 27 millim. de longueur, 13 millim. de largeur, 3 millim. d'épaisseur. Il était placé transversalement sous le châton du cricoïde.

Le soir même, la malade eut encore un peu de dysphagie provoquée sans doute par quelques écorehures de la muqueuse, imputables aux arêtes tranchantes et piquantes que l'os présentait à ses extrémités. Le lendemain, toute douleur avait disparu et la déglutition se faisait très facilement.

OBSERVATION III

(Professeur Mouret. — Soc. franç. de laryng., 1911)

Esprit R..., 68 ans, Montpeyroux (Hérault).

Entre le 10 janvier 1911 à la clinique d'oto-rhinolaryngologie. Il se plaint d'avoir avalé, il y a trois jours, un morceau d'os de mouton qui, dit-il, s'est arrêté dans son œsophage.

Le malade ressent une douleur dans la région « épi-

gastrique », qui s'exaspère avec la toux ; il n'a pas de vomissements ni de régurgitations, les boissons et les purées peuvent être dégluties, mais provoquent une sensation de brûlure derrière le sternum. L'examen laryngoscopique ne décèle rien dans le larynx ni dans l'hypopharynx. Une sonde de gros calibre passe facilement, mais détermine une légère sensation de douleur que le malade localise dans la région « épigastrique ». Après le passage de la sonde, le malade avale un peu mieux.

Le 13 janvier, le sujet est envoyé à l'institut électrothérapique de l'hôpital Suburbain. La radiographie est *négative*, il n'y a pas d'ombre dans le cliché. La dysphagie s'étant un peu atténuée, on conclut, par suite, à une simple blessure de la muqueuse ayant déterminé un peu d'œsophagite et à l'absence de tout corps étranger.

Le 16 janvier, on introduit une sonde œsophagienne qui passe sans obstacle ni douleur.

Le 18, le malade se plaint d'une certaine gêne à la déglutition ; on se décide à pratiquer l'examen œsophagoscopique. Après cocaïnisation du pharynx et de l'entrée de l'œsophage, le malade étant couché sur le côté droit et la tête en extension complète, on introduit le tube, qui pénètre sous le contrôle de la vue. A 21 centimètres de l'arcade dentaire, on aperçoit une petite masse de tissus sphacélés, qui donne l'impression d'une tumeur, mais le contact de la pince fait sentir un corps résistant. Il s'agit bien de l'os avalé. Avec la pince à griffes, on mobilise le corps étranger, qui apparaît alors très volumineux et de trop grandes dimensions pour pénétrer dans le tube. Doucement on retire à la fois le tube et l'os solidement maintenu par la pince. Il s'agis-

sait bien, en effet, d'un assez gros fragment d'os de forme trapézoïde dont la grande base était de 1 centimètres, la petite base de 18 millimètres, la hauteur de 1 cm. 6 et l'épaisseur de 2 millimètres environ. A l'une de ses extrémités, se trouvait une petite touffe de fibres tendineuses qui donna un moment dans l'œsophagoscope l'illusion de végétations néoplasiques. A noter que l'os avait été avalé par un des petits côtés du trapèze.

Il est certain que si le tube œsophagoscopique n'avait pas dilaté les parois de l'œsophage au devant du corps étranger, il aurait été impossible, sans risquer de léser profondément la muqueuse, d'enlever cet os de dimensions relativement grandes et dont les bords et les angles sont remarquablement tranchants. L'extraction avec le panier de Graeffe ou le crochet de Kirrison n'aurait pas été sans danger pour la muqueuse œsophagienne.

Le 19, le malade n'accusait plus aucune douleur et pouvait avaler facilement.

OBSERVATION VI

(Docteur Burgues. — Inédite)

M^{lle} N. R..., 28 ans, de Lérans (Ariège), vient nous trouver le 8 mai 1913, se plaignant d'avoir un corps étranger dans l'œsophage.

Il y a 6 jours, en mangeant du lapin en sauce, elle eut l'impression d'avaler un corps solide, probablement un os, et ressentit brusquement une douleur vive dans la

région hypopharyngée, avec sensation d'étranglement et de suffocation, mais sans quintes de toux. Tous les efforts pour faire remonter l'os furent vains, et les mouvements de déglutition l'ayant fait probablement un peu descendre, les troubles dysphagiques persistaient seuls. Un médecin prescrivit, après avoir vainement essayé un refoulement à la sonde, l'injection de bouillie épaisse et de « tampons de coton ».

La douleur persista, la déglutition redevint très pénible, et, voyant la fièvre monter (38°), la malade se décida à partir pour Montpellier. Elle y arriva souffrant de plus en plus, vint nous trouver et nous nous décidâmes à une œsophagoscopie immédiate.

L'opération eut lieu sous anesthésie locale par badigeonnage de cocaïne. Ayant introduit sous le contrôle de la vue un tube de 12 mm., nous trouvâmes d'abord des tampons de coton infectés qu'il nous fallut extraire, puis, à 18 cm. de l'arcade dentaire supérieure, un os enclavé transversalement et piqué par ses deux pointes dans la muqueuse. Cette dernière était rouge, enflammée, tuméfiée. Avec la pince nous pûmes saisir le corps étranger, mais les mouvements de traction montrèrent qu'il était très enclavé et qu'il eût été dangereux de l'extraire avant d'avoir libéré les pointes. Pour y arriver, nous prîmes le tube de 14 mm. dont l'introduction fut assez pénible.

Au moment où le tube franchit le cricoïde, la malade eut la sensation soudaine de la libération. Nous aperçûmes nettement les traces du corps étranger dans la muqueuse, mais lui-même avait disparu. Immédiatement, la déglutition fut possible sans trop de difficultés. Par suite de l'infection amenée par la station prolongée de l'os et des tampons d'ouate dans l'œsophage, la tem-

pérature se maintint assez élevée pendant 4 ou 5 jours ; mais on n'eut pas à noter d'autres incidents et, 8 jours après l'œsophagoscopie, la malade put rentrer chez elle complètement guérie.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUTIN. — Examen de l'hypopharynx et de la bouche de l'œsophage (Ann. des mal. de l'oreille, 1913).
- BÉRARD. — Extraction par œsophagoscopie ou œsophagotomie externe dans l'extraction des corps étrangers de l'œsophage cervical (Soc. de chir. de Lyon, 1^{er} déc. 1910).
- BOTELLA. — Nouvelle technique simplifiée pour les explorations œsophagoscopiques (El Siglo med., déc. 1909). — Ma statistique de corps étrangers de l'œsophage et ma nouvelle technique simplifiée pour les explorations œsophagiennes (Arch. int. de laryngol., d'otol. et de rhinol., 1912, n° 1).
- BULL. — Centralbl. f. Chir., 1889, n° 15.
- BURGUES. — L'endoscopie directe du larynx, de la trachée et des bronches (Th. de Montpellier, 1913; Coulet, édit.).
- CHAUVIN et BURGUES. — Les procédés d'extraction des corps étrangers de l'œsophage (Gaz. des hôp., 13 et 20 sept. 1919).
- CHAUVIN et VALLOIS. — Recherches cadavériques sur l'exploration digitale de l'œsophage (Province méd., 28 mars 1914).
- CHEVALIER-JACKSON. — Recent progress of endoscopic methods (Rapport Congrès de Londres, 1913).
- CLAOUE. — Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage et des bronches (Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, mars 1910). — Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 17 nov. 1911).

- FORGUE. — De l'œsophagotomie intramédiastinale pour corps étrangers de l'œsophage thoracique (XII^e Congrès franç. de chir., oct. 1898).
- GANGOLPHE. — Maladies de l'œsophage (Traité de Le Dentu et Delbet).
- GROSS. — Semaine méd., 1891.
- GUISEZ. — Trachéo-bronchoscopie et œsophagoscopie (Presse méd., 14 août 1909). — Indications et résultats de la broncho-œsophagoscopie (Congrès de la Soc. franç. de laryngol., mai 1910). — Etat actuel de la thérapeutique des corps étrangers broncho-œsophagiens (Journ. des prat., 28 janv. 1911). — Quelques réflexions à propos de nos derniers cas de corps étrangers œsophagiens (Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, etc., 1911). — Corps étrangers de l'œsophage et de la trachée (Soc. des chir. de Paris, 23 juin 1911). — Sur une statistique de 68 cas d'œsophagoscopie pour corps étrangers de l'œsophage (Soc. de chir., 10 janvier 1912. Rapport de Michaux).
- HÉBRARD. — Corps étrangers de l'œsophage et des bronches opérés par la méthode de Killian (Surg., Gyn. and Obst., janv. 1912).
- INGALS. — Traitement des corps étrangers de l'œsophage (The Laryngoscope, janvier 1912).
- JACQUES. — Fragment osseux enclavé de l'œsophage (Soc. de méd. de Nancy, 25 janv. 1911). — Péri-œsophagite suppurée après extraction de corps étrangers (Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, etc., 1911).
- LEMAITRE. — Applications de la broncho-œsophagoscopie à la chirurgie du thorax, 1912 (Doin, édit.).
- MARTIN. — Des corps étrangers et de leur traitement (Th. de Paris, 1868).
- MILLIGAN. — Œsophagoscopie dans l'extraction des corps étrangers inclus (The Lancet, 12 juillet 1913).
- MORTON. — Ann. of Surg., 1896.
- MOURET. — Quelques cas de corps étrangers de l'œsophage et des bronches (Congrès de la Soc. franç. de laryngol., etc., 8 mai 1911).
- Congrès de laryngologie (Paris, 1913).

- MOURET et BURGUES. — Corps étrangers de l'œsophage et des bronches (Montpellier méd., 1911).
- SARGNON. — Contribution à la broncho-œsophagoscopie directe (Congrès de la Soc. franç. de laryngol., 1910). — La broncho-œsophagoscopie dans le traitement des corps étrangers (Lyon méd., avril 1911). — Désenclavement cocaïnique (Congrès de la Soc. franç. de laryngol., 1912). — Désenclavement cocaïnique (Lyon méd., 3 avril 1910).
- SARGNON et BÉRARD. — Extraction œsophagoscopique d'un dentier (Soc. des sc. méd. de Lyon, 12 mars 1913).
- SCHWARTZ. — Chirurgie du thorax.
- SCHMIEGELOW. — Extraction des corps étrangers par la broncho-œsophagoscopie directe (Hospitaltidende, 4 janvier 1911).
- SENCERT. — La chirurgie de l'œsophage (Th. de Nancy, 1904).
- SORI. — Indications et contre-indications de l'œsophagoscopie (Bull. et Mém. de la Soc. de méd. de Nice, 1912).
- TERRIER. — Th. de Paris, 1870.
- THIRIAR. — Centralbl. f. Chir., 1900.
- TRENDELENBURG. — Die Entfernung von Fremdkörper aus den unteren Teil des OEsophagus von Magen aus (Deut. Zeit. f. Chir., 1901, Bd LXI, p. 350, *in* Willms).
- TUFFIER. — Les opérations sur la portion thoracique de l'œsophage, 12 mai 1903.
- WILLMS. — Die Entfernung von Fremdkörper aus den unteren Teil des OEsophagus vom Magen aus (Deut. Zeit. f. Chir., Bd LX, p. 447-452).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 21 novembre 1919.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 21 novembre 1919.

Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
